" G E S U N D H E I T   U N D   L E B E N "

Amtsblatt der Gesundheitskammer

im Generalgouvernement.

Nr.5 (73)   Jahrgang III.   Krakau, den 1. Februar 1942.

Schriftleitung: Dr.med. Werner K r o l l, Krakau, Albrechtstrasse 11a. Verlag: Gesundheitskammer Krakau, Albrechtstrasse 11a. Fernsprecher: 105-24. Verantwortlich für Anzeigen. W.v. Würzen. Bankkonto: Creditanstalt - Bankverein, Krakau, Adolf Hitler Platz, Ecke Schustergasse. Postscheckkonto: Warschau 73. Drahtanschrift: Gesundheitskammer Krakau, Bezugspreis Zl 3.-- monatlich.

Alle Postanstalten nehmen Bestellungen an. Die Zeitschrift erscheint wöchentlich.

Sendungen betr. Anzeigen, insbesondere Kennzifferanzeigen usw. stets an den Verlag Gesundheitskammer, Krakau, Albrechtstrasse 11a.

Schriftsätze für den Textteil an die Schriftleitung von "Gesundheit und Leben" Krakau, Albrechtstrasse 37. Manuskripte können sowohl in deutscher wie auch in polnischer Sprache eingesandt werden. Unaufgefordert eingesandte Manuskripte werden nur zurückgesandt, wenn Freiporto beigefügt ist.

Inhaltsverzeichnis :

Die Behandlung der Chorea Minor
unter besonderer Berücksichtigung von Nirvanol.

Von Dr. Marceli G r o m s k i, Abteilungsarzt
des Warschauer Kinderkrankenhauses, Warschau.

(Schluss)

Zur Orientierung will ich einige Ausschnitte aus den Krankenkarten veröffentlichen.

Registrier-Nr. 1620, Mädchen R.M. 5 Jahre, 3 Monate alt. Vor 6 Wochen begann sie undeutlich zu sprechen, dann traten unwillkürliche Bewegungen auf, die sich von Tag zu Tag immer heftiger gestalteten. In der Klinik wird ein sehr schwerer Fall von Veitstanz festgestellt. Das Kind kann nicht sprechen, nicht sitzen, schlägt um sich, schreit. Es erhielt 6 Dosen Nirvanol zu 0,3 g. Nach der 6.Dose tritt ein sehr heftiger scharlachähnlicher Ausschlag auf, die Temperatur steigt auf 39° an, um sich in den nächsten Tagen bis 40° zu erhöhen. Fieber und Ausschlag dauern 10 Tage. In derselben Zeit tritt eine Verschlimmerung der motorischen Erscheinungen des Veitstanzes ein und eine zweitägige Bewusstlosigkeit. Nach 10 Tagen schwindet der Ausschlag, die Temperatur sinkt zur Norm ab, der Allgemeinzustand wird bedeutend besser. Nach 40 Tagen /die verspätete Entlassung hat eine angina lacunaris am 26. Tage des Aufenthaltes in der Klinik hervorgerufen/ verliess das Kind völlig geheilt die Klinik.

Registrier-Nr. 2803, Knabe, 8 Jahre 3 Monate. Angenommen in der dritten Woche des Veitstanzes. Im 5. Lebensjahr lag er infolge des Veitstanzes 5 Wochen im Krankenhaus. Zustand mittelschwer. Am 6. Tage des Aufenthaltes in der Klinik wird ein systolisches Geräusch über der Herzspitze bei normaler Körpertemperatur festgestellt. Ohne Ergebnis wurde der Knabe anfänglich mit Natr. Salicyl. /1,2-4,0 g täglich/, danach mit Stovarsol /zweimal täglich zu 0,25/ behandelt. Nach ein-monatigem Aufenthalt in der Klinik wurde Nirvanol zu 0,1 g täglich angewandt. Nach der siebten Dose, der Ausschlag dauerte 4 Tage, das Fieber /37,8 - 38,1/ 7 Tage, tritt eine sichtbare Besserung ein.

Registrier-Nr. 5010, Mädchen B.A., 11 Jahre. Angenommen am Ende der zweiten Woche der Krankheit. Die Mutter gestorben: sie krankte an Rheumatismus. Das Mädchen überstand im 5. Labensjahr einen Gelenkrheumatismus; im 9.Jahre bekam es Endocarditis und zwei Wochen später Veitstanz. Der nunmehrige Veitstanz gehört zu den mittelschweren. Angewendet wurde Nirvanol und Natrium-Salicylicum Insgesamt erhielt sie 8 Dosen zu 0,25 g. Am achten Tag tritt der Ausschlag, der 5 Tage dauerte, auf, am siebenten Tag Fieber /38°/, das zwei Tage anhielt. Seit der Zeit

Besserung, und das Kind kann nach 40 Tage die Klinik als gesund verlassen.

Gibt die Behandlung mit Nirvanol dafür eine Garantie, dass kein Rückfall der Krankheit erfolgt ? Auf diese Frage habe ich schon hier eine Antwort gegeben: sofern das Problem der rheumatischen Erkrankungen nicht seine wahre Lösung, wenn nun auch nur seine atiologische Lösung, findet, solange sichert auch die erfolgreichste Behandlung der oder jener klinischen Symptome und klinischen Einheiten dieses Leidens, auch dann, wenn diese Symptome zu völligem Schwinden gebracht werden, nicht vor etwaigen Rückfällen derselben Kategorie oder irgendwelcher anderer klinischen Erscheinungen rheumatischen Charakters. Und auch wir stellen in unserem Material Veitstanzrückfälle nach Nirvanol-Behandlung fest. Doch haben wir keineswegs die Absicht, das Mittel vom Arsenal der Mittel gegen den Veitstanz zu streichen, wenn auch nur deshalb, weil das Nirvanol im Vergleich mit anderen Mitteln eine weit schnellere Besserung bringt, die - wie wir schon hervorgehoben haben - gerade beim Veitstanz je schneller umso lieber eintreten soll. Es geht vielleicht nicht darum, dass das so schwer betroffene Kind so schnell wie möglich gänzlich ausgeheilt wird, vielmehr darum, um in möglichst kurzer Zeit eine sichtbare Besserung herbeizuführen, die in physischer, wie auch psychischer Hinsicht die so erschöpfende, ja geradezu entartete Motorik des Kranken zu hemmen und die Möglichkeit zu einer mehr ruhigen als energischen Behandlung zu geben.

Ich habe den Eindruck, dass unser Material, wie wir es hier dargestellt haben, es gestattet, das Nirvanol als eines für diesen Zweck für wohl am besten geeignetes Mittel zu qualifizieren.

Es verbleibt nun noch, auch die zwei Todesfälle zu besprechen, die im Verlauf eines von uns beobachteten Veitstanzes eingetreten sind. Der eine Fall war mit Natrium-Salicylicum und Eparseno behandelt worden, kompliziert dann durch Endocarditis und endete am 40. Tage nach dem Aufenthalt in der Klinik mit dem Tode, der wahrscheinlich infolge einer Sepsis eintrat, die sich infolge der Phlegmone nach Einspritzen von Eparseno entwickelt hatte. Den zweiten Fall, der mit Nirvanol behandelt war, muss ich eingehender besprechen. Ich führe dabei den Auszug aus der Krankheitsgeschichte an.

Registrier-Nr. 5848, Mädchen B.J., 7 Jahre, 10 Monate. Eingebracht wurde sie in die Abteilung am 26.II.1931. Es war ein Kind gesunder Eltern, ohne irgendwelche erbliche Belastung. Im zweiten Lebensjahr hatte sie Masern und Keuchhusten. Vor drei Monaten erkrankte sie an einerleichtenGrippe. Hals- und Gliederschmerzen hatte sie niemals. Die jetzige Krankheit begann vor ungefähr 10 Tagen mit unkoordinierten Bewegungen der oberen und unteren Gliedmassen, die von Tag zu Tag immer stärker wurden. Seit drei Tagen kann sie nicht mehr allein essen, spricht sehr undeutlich. Bei der Annahme stellten wir einen sehr schweren

Veitst .z mit Störungen der Sprache, Ungleichmässigkeit und Unreg/ mässigkeit der Atmung, beschleunigtem Puls /bis 130/ bei einer Temperatur von 37,2° fest, ohne irgendwelche Änderu gen in den inneren Organen. Am 3.III. erhielt die Kranke 10 ccm Normalpferdeserum; am 9.III. treten Symptome der Serum krankheit auf, die nach 5 Tagen völlig verschwanden. Der Zust der Kranken hat sich aber nicht gebessert, erfuhr sogar im Gegenteil eine grosse Verschlimmung. Man griff deshalb zur Nirvanol-Behandlung. Man führte sie 7 Tage hindurch /täglich zu 0,3 g/ bis zum Augenblick des Erscheinen der ersten Sympto der Nirvanol-Krankheit durch. Insgesamt erhielt die Kranke 2,10 g Nirvanol. Die Temperatur, die als erstes Symptom der Nirvanol-Krankheit am 23.III. auf 39,3° anstieg, hielt sich die nächsten 10 Tage zwischen 38,2 - 39,0 - 39,7 und sank dan am 11.Tage auf 38, 0, um dann am 12. und 13. Tage seit dem Anfang der Nirvanol-Behandlung 42,2° zu erreichen. Am 2.IV. ist die Kranke gestorben.

Die nach dem Tode vorgenommene Untersuchung des Gehirns, die in der neurologischen Klinik der Warschauer Universität vorgenommen wurde, ergab folgendes Bild: Tracheobronchitis acuta mucopurulenta, partim fibrinosa superficialis. Bronchop monia paravertebralis. Steatosis degenerativa myocardii. Hyperaemia leptomeningum convexitatis. Die histopathologische Untersuchung des Gehirns ergab folgendes Bild: Ramolitiones cerebri parvi multiplices. Degeneratio pallidi. Zahlreiche kleine Erweichungen, die sich unvollständig in gemischter Art organisieren. Ausser den Gefässen wurden in der Mitte der Erweichungsfelder vor allem die Hortegische-Zellen betroffen. An den Rändern war ein nicht dichter Damm von tonerdigen Mast zellen festzustellen. Diese Erweichungen waren nun im Corium anzutreffen, aber gleichmässig im Occipitalis, parietalis cen tral. ant. und front. Ausserdem hervorragende Verbreitung und Durchblutung der Gefässe an einigen Stellen der Hirnhaut und des Koriums. Die Basalganglien waren ohne merkliche Veränderungen. Nur in Pallidum findet man etwas zu viel progress Gliagewebe und die Nervenzellen nicht charakteristisch verändert /Blässe und Tigrolyse, Metachromasie der Kerne. Die oberen Partien des Pallidum enthalten sehr zahlreiche Zellen mit Ischaemieschen-Erkrankung. Die Klümpchen des Pseudokalks finden sich im Pallidum wie auch im Putamen, mitunter in Form von maulbeerförmigen Gebilden, wie sie Hallerwerden bei Statu dysmyelinisatus beschrieben hat. Im Kleinhirn geringe Vergrösserung der Gliasubstanz in einer Molekularschicht oder in der Bergann-Schicht an einer Stelle deutliche Wucherung. Die Erweichungsherde sind aller Wahrscheinlichkeit nach von den Störungen im Kreislaufe abhängig zu machen, worauf das Bild der bedeutenden Erweiterung der Gefäse /Stasis in der Umgebun der Erweichungen hinweist.

Ob der obenbeschriebene Fall infolge eines grundsätzlich Leidens, wie es der Veitstanz ist, mit dem Tod geendet hat od infolge einer Nirvanol-Vergiftung, das konnte man bei der Unt

suchung der Leiche nicht mehr genau feststellen. Einen solchen Fall beschrieb auch Majerus, doch meint Langsfeld nicht, dass der Tod in diesem Falle ausgesprochen dem Nirvanol zuzuschreiben wäre.

Die Erweichungsänderungen, besonders festgestellt im Corium, ohne jegliche Vermehrungstendenz der Gliasubstanz, könnte man in unserem Falle dem Veitstanz zuschreiben, bei dem infolge des verhältnismässig schnellen Eintretes des Todes des Kranken auf diese Prozesse die Zeit fehlte. Unserer Ansicht nach würde es in gewissem Grade der Auffassung des Todesausgangs wegen Veitstanz von Orzechowski entsprechen, der den Tod der allgemeinen Sepsis zuschrieb, was man mit bestimmter Sicherheit in fast allen histologisch untersuchten Fällen feststellen kann. Die Anwesenheit von Klümpchen des Pseudokalks im Pallidum und Putamen, mitunter in Form von Maulbeergebilden(status dysmyelinisatus Hallerwarden)würde ebenfalls für die im Todesfalle beim Veitstanz festgestellten Veränderungen sprechen.

Mit einem Wort könnte die histologische Untersuchung unseres Falles keineswegs zu der Annahme führen, dass die Ursache des Todes in der Giftwirkung des Nirvanols zu suchen sei. Ähnliche Änderungen sind schon öfters in solchen Fällen beschrieben worden, wobei es nur ganz selten zu Todesfällen bei diesem Leiden kommt.

- - - - -

- - - -

- - -

- -

Literatur:

1. Bokay J. Zentrbl.f.d. ges.Kindhlk.Bd.16, 1924.
2. Schürmann T. Therapie d.Gegenwart, Jg.65,H.3, 1924.
3. Rohr F. Dtsch.med.Wsch.,Jg.50,Nr.18, 1924.
4. Kern Tibor Wien.klin.Wsch.,Jg.36, Nr.9, 1923.
5. Tisdall Arch.of.Dis. in Childh.,XII,1930, 5,397.
6. Benedek L. Med.Klin., Jg.22, 1926.
7. Samogyi J. Zentrbl.f.d.ges.Kindhlk., 1928.
8. Kleist Arch.f.Psych.u.Nervenkrankh.,Bd.59,1918.
9. Minkowski Zeitschrf.f.d.ges.Neurol.,Bd.102,1926.
10. Wilson K. Dtsch.Zeitschrf.f. Nervehlk.,Bd.108,1929.
11. Marinesco, Sager, Dinischiotu - Annales de Médicine,T.XXVII.1930
12. Lenart Monatschrf.f. Kindhlk.,22, 1922.
13. L.de Catro Freire - Arch.de Méd.d. Enfante, XXXV, Nr.9
14. W.M. Whittaker Arch.of. Dis. in Childh., Nr.2, 1930.
15. Flesch H. Kindärztl. Prax., Nr.12, 1931.
16. Langsfeld Jahrb.f. Kindhlk., Bd.72, 1927.
17. Hugh T. Ashby Arch.of.Dis.in Childh., Nr.2, 1930.
18. Comby J. Arch.de Méd.des Enfants, Nr.1, XXXIV.
19. Stettner E., Zeitschrf.f. Kindhlk., Bd.45, 1928.
20. Husler Zeitschrift.f.Kindhlk., Bd.38, 1924.
21. Leur R. Wien.Arch.inn.Med., 21, 1931.

22. Vogt C.u.O. Journ.f. Psychot.u.Neurol.,Bd. 24, 1919.
23. de Rudder Therapie d. Gegenwart, 1928.
24. Osipowa Zeitschrf.f.d.Neurol., 1925, 1930.
25. Gottlieb A. Monatschrf. f. Kindhlk., Nr.43, 1929.
26. Froboese C. Dtsch.med. Wschr., 1920, S.186.
27. Reye Münch.med.Wschr., 1920, S.1120.
28. Brokman H. Pediatria Polska, Nr.1-3, 1936.
29. Duzar J. Monatschrf. f. Kindhlk., Bd. 31, 1926.
30. Kundratitz K. Zeitschrf.f.Kindhlk., Bd.43, 1927.
31. Orzechowski Arbeiten aus d.neurol.Inst.von Obersteiner Leipzig und Wien, 1907.
32. Warner A.C. Lancet, I, 1930.
33. Beck Monatschrf.f.Kindhlk., 45,1929.

- - - - -
- - - -
- - -
- -
-

Das Gutachten in der Militärversorgung.

Von Dr.E. M o t z k u s, Reg.Med.Rat i.d.Regierung des Generalgouvernements, Hauptabtlg. Arbeit, Leitender Arzt Abtlg. V. Militärversorgung.

Nachdem durch Verordnung des Herrn Generalgouverneurs auch die Versorgung der Kriegsopfer eine Regelung gefunden hat, die in der Verordnung vom 20.12.1939 - kurz KOV genannt - und den beiden Durchführungsvorschriften vom 21.12.1939 und 10.3.1940 ihren Niederschlag gefunden haben, ergab sich nun für die Dienststellen, die mit der Durchführung dieser Aufgabe betraut wurden, die Hauptabteilung Arbeit, Abteilung V - Militärversorgung - in der Regierung des Generalgouvernements sowi die entsprechenden Unterabteilungen bei den 5 Distrikten Kraka Warschau, Radom, Lublin und Lemberg die Pflicht, möglichst schnell den Personenkreis zu erfassen, der versorgt werden sollte. Das grösste Kontingent stellen die Volksdeutschen und die Polen, die in der ehemaligen deutschen bezw. österreichisch-ungarischen Wehrmacht während des Weltkrieges einen Schaden davongetragen haben. Dazu kommen die polnischen Wehrsoldaten und ihre Hinterbliebenen aus dem Feldzug 1939 und die ehemaligen Berufsmilitärpersonen aus den oben erwähnten Heeren, die schon vor Ausbruch des Krieges 1939 pensioniert wa Nicht unerwähnt bleiben dürfen die Kriegs- und Friedensinvaliden des ehemaligen polnischen Heeres aus der Zeit 1919 - 1939. Wie schon die Zusammenstellung ergibt, handelt es sich um einen ganz erheblichen Personenkreis, zumal noch dazu die Be-

treuung derjenigen Volksdeutschen kommt, die in diesem Feldzug, ohne direkte Kriegsteilnehmer gewesen zu sein, durch die Kriegsereignisse - Evakuierung und Internierung - beschädigt wurden und deren Beschädigung nach der später erlassenen Personenschädenverordnung versorgt werden soll. Soweit es sich übersehen liess, dürften etwa 60 - 70 000 Personen versorgt werden. Eine Versorgung kann nur dann einigermassen gerecht sein und alle Teile befriedigen, wenn als Unterlage für die Versorgung eine ärztliche Untersuchung verwendet wird. Da bisher nur 3 Amtsärzte, darunter 1 Arzt des Versorgungswesens, zur Verfügung stehen, war es selbstverständlich, dass zur Bewältigung der grossen Aufgabe ein weiterer Kreis von Ärzten für die Begutachtung eingespannt werden musste, denn es kommt ja darauf an,, möglichst schnell die Unterlagen zu beschaffen, die eine gleichmässige Versorgung gewährleisten. Es wurden und werden zur Begutachtung die Ärzte der Sozialversicherung und die Amtsärzte in den Distrikten und den Kreishauptmannschaften in weitem Umfang herangezogen. Diese Ärzte stehen nun einer Aufgabe gegenüber, die für sie, wie die Erfahrung gelehrt hat, absolutes Neuland ist. Sie haben zweifellos versucht, nach besten Kräften ihrer Aufgabe gerecht zu werden. Die bisher durchgesehenen ca. 700 Gutachten zeigten aber, dass ihr Versuchen der Aufgabe nicht gerecht werden konnte, weil die Aufgabe selbst für sie zu neu war. Wenn es sich nicht um ein ganz besonderes Spezialgebiet handelte, würden zweifellos auch im Altreich nicht nur die besonders dazu vorgebildeten amtlichen Versorgungsärzte in Anspruch genommen werden.

Zwei Arten von Gutachten sind den Sozialversicherungsärzten und den Amtsärzten in den Kreishauptmannschaften - Kreisärzten - geläufiger; das sind die Gutachten bei der Invalidisierung, also für die Invalidenversicherung, und die Gutachten für die Unfallversicherung.

Die Invalidenversicherung benutzt, wenn man so sagen darf, ein rein statisches Gutachten. Es erfasst zwar in der Vorgeschichte einige wichtige Krankheiten, die überstanden wurden, aber in der Hauptsache befasst es sich mit der Feststellung der körperlichen und gesundheitlichen Abweichungen am Tage der Untersuchung. Am Schluss stellt dann der Arzt bezw. Gutachter fest, ob mit diesen vorhandenen restlichen Körperkräften noch eine Erwerbsfähigkeit von über 33 1/3% besteht, d.h., ob der Untersuchte nunmehr noch in der Lage ist, über 1/3 des Einkommens auf dem allgemeinen Arbeitsmarkt durch Arbeit zu erzielen. Ist er 66 2/3 % oder mehr erwerbsunfähig, dann ist er Invalide.

Das Unfall-Gutachten dagegen ist schon mehr etwas dynamisch und statisch, d.h., es erfasst in der Vorgeschichte den zeitlich und örtlich begrenzten Unfall und die daraus entstandenen Folgen, sowie deren Heilungsverlauf. Dies ist das einzig Dynamische am Gutachten. Es wird dann der Befund erhoben und aus der Vorgeschichte und dem Befund festgestellt, ob der Befund durch das

zeitlich und örtlich begrenzte schädigende angeschuldigte Ereignis verursacht werden ist. Ausserdem wird festgestellt, inwieweit durch dieses Ereignis und dessen Folgen die Erwerbs fähigkeit des Untersuchten gemindert worden ist. Eine gewisse Erleichterung und einen grossen Vorteil bietet hierbei der Umstand, dass von dem schädigenden Ereignis ab sofort Unterlagen über das weitere Geschehen zur Verfügung stehen bis zu Tage der Begutachtung. Weiter besteht ein Vorteil darin, dass bei der genauen Schilderung des schädigenden Ereignisses und eine im Alltagsleben erworbene Kenntnis über die Auswirkungen der verschiedenen unfallauslösenden Ereignisse die Beurteilung wesentlich erleichtert ist.

Ganz anders verhält es sich nun bei der Begutachtung in der Militärversorgung. Das schädigende Ereignis ist gerade hier im Generalgouvernement bei den alten Fällen weit zurückliegend. Es handelt sich auch häufig nicht einmal um ein einzelnes schädigendes Ereignis, sondern um fortlaufende Umwe einwirkungen. Dazu kommt, dass mit der zeitlichen Entfernung von den Ereignissen die Schilderung der Schwere der Einwirku je nach der seelischen und geistigen Veranlagung des Untersu ten mitunter überdimensionale Formen annehmen kann. Weiter kommt hinzu, dass bei den alten Geschädigten, soweit es sich nicht um polnischen Wehrsoldaten von 1939 handelt, die versch densten subjektiven Färbungen das Bild der früheren schädigen den Ereignisse ganz wesentlich verwischen. Ausserdem kommt hinzu das verständliche Bestreben vieler Menschen, bei der Gewissheit, für jeden Schaden eine Entschädigung erhalten zu können, die Schadensursachen und die Schadensfolgen zu übertreiben, um sich auf diese Weise ein bequemes arbeitslose Einkommen zu verschaffen. Endlich ist zu überlegen, dass seit den Kriegsereignissen bis zu 20 bis 23 Jahre verflossen sind, und dass der für die Versorgung in Frage kommende Perso nenkreis nun in diesen Jahren doch zweifellos auch weiteren Umwelteinflüssen ausgesetzt gewesen ist, die niemals ohne Folgen auf den nunmehr bestehenden körperlichen und Gesundheitszustand gewesen sind. Dazu kommen die schicksalhaft auftretenden körperlichen Veränderungen des zunehmenden Alters und die weiteren mehr oder weniger sich steigernden Einflüsse erblicher Belastung, die zur Manifestation drängen. Endlich darf nicht vergessen werden, dass Beschäftigungsart u Lebensweise in den vielen Jahren seit dem Kriege nicht spurlo vorübergehen, wenn auch aus verständlichen Gründen das Kausal tätsbedürfnis des Geschädigten diesen Umständen nie wird Rechnung tragen wollen. Wenn man daher ein versorgungsärztliches Gutachten aufstellen will oder muss, dann ist, wie aus dem Vorangegangenen zu entnehmen ist, von allergrösster Bedeu tung die sorgfältige Aufnahme einer Vorgeschichte. Diese Vorgeschichte muss als gewissen Anhaltspunkt schon enthalten: das Alter sowie Gesundheitszustand und bei Tod die Todesursac und das Sterbealter der Eltern, das Alter und bei eventuellem Tod auch das Sterbealter und die Todesursache der Geschwister bei lebenden Geschwistern muss versucht werden, wenigstens i

groben Umrissen ihren Gesundheitszustand zu erfahren. Von Interesse ist mitunter auch bei verheirateten Beschädigten das Alter und die ev. Krankheiten der Frau sowie Krankheiten der Kinder zu erfahren, weil diese Angaben Rückschlüsse auf das Erbgefüge des Untersuchten gestatten. Weiter muss die Vorgeschichte das Leben des Untersuchten bis zur Schulzeit, in der Schulzeit, bis zum Heereseintritt und bis zum Datum des schädigenden Ereignisses umfassen. Dann muss das schädigende Ereignis mit seinen Folgen geschildert werden bis zu seiner ersten Beurteilung und endlich das weitere Geschehen, weitere Krankheiten nach der Entlassung aus dem Heeresdienst bis zum Tage der Untersuchung. Der erlernte Beruf, die nach der Entlassung aus dem Heeresdienst ausgeübte Tätigkeit, ev. Arbeitslosigkeit, die Lebensweise dürfen nicht fehlen. So muss die Vorgeschichte wie ein ablaufender Film das ganze Leben des Untersuchten bis zum Tage der Untersuchung umfassen. Das wäre der dymanische Hauptteil des Gutachtens.

Im weiteren Teil der Vorgeschichte werden dann die Klagen des Untersuchten am Tage der Untersuchung niedergelegt. Dahinter die von dem Untersuchten angegebenen Ursachen für seine Klagen und endlich, ob und wofür der Untersuchte bisher einen Rentenanspruch anerkannt erhalten hat, sowie in welcher Höhe.

Wenn nun diese dymanische Vorgeschichte erfasst ist, dann erfolgt die Untersuchung des rentenanspruchstellenden Geschädigten, wobei alle Körperorgane untersucht werden müssen und der Befund niedergelegt werden muss. Es geht dabei z.B. bei Gliedmassenbeschädigung nicht an, wenn man nur hinschreibt: Bewegungen sind eingeschränkt. Es muss genau die Art der Bewegungseinschränkung beschrieben werden und zwar: an den Fingern muss geschildert werden, welche Gelenke versteift bezw. in der Bewegung beschränkt sind; der Grad der Beschränkung muss genau in Winkelgraden angegeben werden. Das Gleiche gilt natürlich auch von den Grossgelenken. Bei Versteifungen muss der Versteifungswinkel angegeben werden. Ausserdem müssen die Umfangsmasse der Gliedmassen genau aufgeschrieben werden. Es ist dabei üblich, bestimmte Messstellen anzuwenden. An den Obergliedmassen misst man an der Ansatzstelle des Delta-Muskels bei seitwärts gestrecktem Arm, am Unterarmwulst, um das Handgelenk und über der Mittelhand bei gestreckten geschlossenen Fingern und abgespreiztem Daumen. An den unteren Gliedmassen misst man 25 cm oberhalb der Kniescheibenmitte, über der Kniescheibenmitte, über der stärksten Stelle der Wade, über dem inneren Knöchel und über der Mitte des Mittelfusses. Die Messtellen müssen rechts und links genau übereinstimmen. Ferner ist die Beschwielung der Fusssohle zu beachten und zu schildern und die Beschwielung der Hände. Endlich ist mit Dynanometer die rohe Kraft der Hände zu messen und ausserdem bei Schwierigkeit des Faustschlusses zu schildern, wie weit die Fingerkuppen von der Innenhand entfernt bleiben. Endlich wie weit der Daumen eingeschlagen werden kann. Bei allen Beschädigten über 35 Jahre ist der Blutdruck zu messen, und zwar der systolische und diastolische Blutdruck. Diese Messung ist in Ruhe und nach Belastung festzustellen. Dasselbe ist auch bei der Pulszählung anzugeben. Die Pulszählung wird in der Form niedergeschrieben, dass der Ruhepuls 15 Sekunden gezählt

wird und danach der Belastungspuls in je 15 Sekunden anzugeben ist, bis er die Ruhepulszahl wieder erreicht hat. Sonst an den übrigen Organen sind die Untersuchungsergebnisse wie üblich niederzulegen. An den Lungen ist die Art der Atmun und Zahl der Atemzüge festzustellen. Brustumfang in Ein- und Ausatmungsstellung darf nicht fehlen. Bei der allgemeinen Körperschilderung ist der Bau anzugeben. Es genügt: schlanke, muskuläre oder runde Form. Es ist aufs Peinlichste zu vermeiden, in der Beschreibung des Befundes Krankheitsbezeichnungen zu verwenden, um evtl. umfangreiche Schilderungen zu umge Die Befundangabe ist rein descriptiv und hat mit Krankheitsbezeichnungen absolut nichts zu tun. Vielleicht darf noch zum Schluss dieses Abschnitts darauf hingewiesen werden, dass auch besonderer Wert auf die Schilderung des Nervenbefundes und des psychischen Befundes gelegt werden muss. Es ist für den Prüfer eines Gutachtens ohne genaue Beachtung der vorangegangenen Ausführungen über Vorgeschichte und Befund unmögli ein Urteil abzugeben, wenn er nicht nach Durchsicht der Vorgeschichte und des Befundes plastisch den Untersuchten im Geiste vor sich sehen kann. Wenn auch auf die psychische Lage Wert gelegt wird, dann besonders deshalb, weil hieraus schon sehr gute Schlüsse auf die objektiven Folgen eines Unfalls ge gen werden können. Es ist nicht eine Marotte des Prüfers dies Gutachten, wenn er auf peinliche Beachtung der vorangegangene Ausführungen Wert legt, sondern es ist dringende Notwendigkei dem Prüfer solcher Gutachten ein möglichst einwandfreies Material vorzulegen, damit er frei von den immerhin subjektiv Konsequenzen, die der Gutachtenaussteller aus seinem Untersuchungsergebnis zieht, die Gutachten überprüfen kann. Es ist kaum bestreitbar, dass der Untersucher im gewissen Sinne trotz ernster Bemühungen unter einem gewissen Einfluss des Untersuchten gerät, je nachdem wie der Untersuchte mehr oder weniger eindrucksvoll seine Beschwerden vorbringt oder demonstriert. Daher ist es auch erforderlich, dass diese Gutachten von einer der Parteien Hass und Gunst entzogenen Stellung aus überprüft werden.

(Fortsetzung folgt)

Es folgen: Bekanntnachung betr. Arbeitseinsatz-Untersuch

Bekanntmachung betr: Tagebücher für Hebammen,

Bekanntmachung der Distriktsgesundheitskammer in Warschau betr: Ausgabe von Spiritus- und Seifenkarte an die in Warschau wohnenden Heilberufler.
